

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Тольяттинский государственный университет»

Гуманитарно-педагогический институт

Кафедра «Теоретическая и прикладная психология»

37.03.01 «Психология»

БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА

на тему: **Влияние отношения к жизни на отношение молодой женщины к беременности**

Студент(ка) М.А. Хачатурян _____
(И.О. Фамилия) _____
(личная подпись)

Руководитель д.псх.н., профессор Г.А. Виноградова _____
(И.О. Фамилия) _____
(личная подпись)

Допустить к защите

Заведующий кафедрой: к.псх.н., доцент Е.А. Денисова _____
(ученая степень, звание, И.О. Фамилия) _____
(личная подпись)
«_____» 20__ г.

Тольятти, 2016

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРЫ ПО ПРОБЛЕМЕ ВЛИЯНИЯ ОТНОШЕНИЯ К ЖИЗНИ НА ОТНОШЕНИЕ МОЛОДОЙ ЖЕНЩИНЫ К БЕРЕМЕННОСТИ	
1.1. Анализ отношения молодой женщины к беременности в зарубежной и отечественной психологии.....	7
1.2. Понятие психологического компонента гестационной доминанты в современной психологии.....	21
1.3. Основные направления психологии, исследующие отношение к жизни молодой женщины во время беременности.....	27
1.4. Особенности изменения в потребностно-мотивационной сфере молодой беременной женщины.....	37
Выводы по первой главе.....	39
ГЛАВА II. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ОТНОШЕНИЯ К ЖИЗНИ НА ОТНОШЕНИЕ МОЛОДОЙ ЖЕНЩИНЫ К БЕРЕМЕННОСТИ	
2.1. Экспериментальное изучение отношения молодой женщины к беременности.....	41
2.2. Экспериментальное изучение отношения к жизни на отношение молодой женщины к беременности.....	49
2.3. Сравнение полученных результатов и выявление существования влияния отношения к жизни на отношение молодой женщины к беременности.....	51
Выводы по второй главе	55
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	58
БИБЛИОГРАФИЯ.....	61
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	65

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Состояние беременности является поистине одним из ярких состояний в жизни женщины. Женщины, которые пережили этот период, характеризуют его как специфический, непохожий ни на что, мощный по уровню ощущений и переживаний. С одной стороны, пережившие это состояние женщины, отмечают его как положительный период в жизни, наполненный яркими впечатлениями и красками. А с другой стороны, вспоминают этот период как негативный, наполненный дискомфортом, болью, болезнями, вплоть до изменения обычного стиля жизни в целом. Но все единодушно отмечают, что беременность это один из основных, неповторимых, важных периодов в жизни каждой женщины.

На сегодняшний день одной из важнейших проблем является проблема сохранения здоровья матери и ребенка, поэтому выбор темы нашего исследования «Влияние отношения к жизни на отношение молодой женщины к беременности» является актуальным и диктуется запросами практики. Состояние беременности является переломным моментом в жизни женщины, в поиске женской идентичности. Это некий момент, «точка не возврата», и это не зависит от того, сделает ли женщина аборт, случится ли выкидыш или же ребенок рождается. На протекание беременности оказывает влияние достаточно большое количество факторов, которые зависят и не зависят от женщины. Мы, в своем исследовании, обратим внимание на те факторы, на которые может оказаться влияние сама женщина, которая узнала о беременности и приняла решение родить ребенка.

В настоящее время внимание психологов во всем мире привлечено к психологическим проблемам беременности, до сегодняшнего дня приоритетным направлением являлась биологическая сторона беременности. Исследования показали, что в случае нежелательной беременности осознанное и бессознательное отвержение ребенка происходит в 35% случаев и приводит к тому, что женщина не донашивает ребенка. Статистические

данные показывают, что дети, которые родились в случае нежелательной беременности и являются недоношенными, в большинстве случаев получают травмы черепа при прохождении родовых путей. К сожалению, большое количество матерей, которые не могут освоить родительство, и функции, связанные с ним, демонстрируют личностную и эмоциональную незрелость, различного рода зависимости, низкую стрессоустойчивость к функциям материнства. Большое количество этих женщин, которые осознанно и бессознательно отвергают своих детей, когда то сами были жертвами агрессии, переживая психологическую депривацию, не сумели адекватно разрешить детские конфликты и вступили в деструктивное материнство. Мать, которая отвергает своего ребенка, формирует у него нарушения в эмоциональной, сенсорной, моторной и когнитивной сферах, что в свою очередь приводит к различного рода нарушениям психического развития ребенка. Нарушается также социализация ребенка, могут проявляться невротические реакции, что в свою очередь может привести к психическим расстройствам [6, 8].

Состояние беременности и последующие роды в жизни женщины являются периодом важных перемен, как в психическом, так и в физиологическом плане. Но зачастую, это состояние вызывает депрессии, которые имеют различную степень выраженности и могут относиться к психосоматическим. Данное состояние предполагает тесное сотрудничество таких специалистов как: акушеры, психотерапевты, психологи.

На современном этапе развития перинатальной психотерапии огромное внимание обращается на семью и внутрисемейные отношения, где ожидают ребенка. Внутрисемейные отношения главным образом определяются психологическими особенностями гестационной доминанты женщины (И.А. Аршавский, И.Б. Каплун, И.В. Добряков).

Итак, что же такое психологический компонент гестационной доминанты? Он является совокупностью механизмов психической саморегуляции, которые запускаются у женщины при беременности, и

которые меняют отношение женщины к себе и к окружающим. Данные механизмы направлены на сохранение беременности (гестации), а также создание условий для развития ребенка.

Повышенное внимание на отношения матери и ребенка, по большому счету, сыграло значительную роль при проведении различного рода реформ в Европе в системе родильных домов. Проводимые реформы были направлены на создание комфортных условий для матери и новорожденного ребенка. Далее, европейский опыт был успешно внедрен в России [3].

Исходя из всего вышеуказанного, мы определили научный аппарат нашего исследования.

Целью исследования: является выявление влияния отношения к жизни на отношение молодой женщины к беременности.

Объект исследования: отношение молодой женщины к беременности.

Предмет исследования: влияние отношения к жизни на отношение молодой женщины к беременности.

Гипотеза исследования: мы предполагаем, что у молодой женщины в период беременности меняется отношение не только к беременности, но и к жизни в целом: женщины с адекватным стилем переживания беременности демонстрируют конструктивные Я-функции личности, а женщины с неадекватным стилем переживания беременности демонстрируют деструктивные Я-функции.

Задачи исследования:

1. Провести теоретический анализ литературы по проблеме влияния отношения к жизни на отношение молодой женщины к беременности в отечественной и зарубежной психологии.
2. Эмпирически изучить отношение молодой женщины к беременности и к жизни в целом.
3. Экспериментально выявить влияние отношения к жизни на отношение молодой женщины к беременности.
4. Обработать полученные результаты и сделать соответствующие выводы.

В данном исследовании нами были проведены следующие **методики**:

1. Для определения Я-функции беременных женщин «Я-структурный тест Г. Амона».
2. Для распределения выборки по стилю переживания беременности «Проективный тест Г.Г. Филипповой».
3. «Цветовой тест отношений» А.М. Эткинда.

Данное исследование было проведено на базе медико-санитарной части № 14, г.о. Самара, ул. Ново-Садовая, 311. В диагностическом исследовании участвовали молодые беременные женщины в возрасте 21-24 лет.

ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРЫ ПО ПРОБЛЕМЕ ВЛИЯНИЯ ОТНОШЕНИЯ К ЖИЗНИ НА ОТНОШЕНИЕ МОЛОДОЙ ЖЕНЩИНЫ К БЕРЕМЕННОСТИ

1.1. Анализ отношения молодой женщины к беременности в зарубежной и отечественной психологии

Такие авторы как Н. Уddenберг, М. Ринглер говорят о том, что состояние беременности оказывает колоссальное влияние на психику женщины в целом и приравнивают данное состояние к кризисной ситуации.

На сегодняшний день беременность рассматривается и изучается, в основном, с точки зрения физиологических процессов, а также осложнений, которые свойственны состоянию беременности.

Большинство работ, посвященных данной теме, уделяют внимание научным медицинским аспектам, а не психологическим и социальным. Не учитываются психологические особенности женщин во время беременности. И это ведет к тому, что резко возрос процент возникновения патологий во время родов, в связи с тем, что во время беременности женщиной были перенесены различного рода стрессы, депрессии, страхи и отрицательные переживания.

Итак, мы можем говорить, что один из главных моментов в жизни женщины – беременность, подчинен медицине, которую интересует только физиологическая сторона. А психоэмоциональная сторона беременности, самих родов, взаимодействие матери и новорожденного не представляет особого интереса для медицины и поэтому зачастую игнорируется. А это приводит в свою очередь к угрожающим размерам возникновения патологий при родах.

Психологические исследования, занимающиеся изучением состояния беременности, ставят перед собой задачу нахождения психологического механизма, который вызывает при беременности и родах различного рода осложнения. В организме женщины во время беременности происходят достаточно серьезные изменения, но это является нормальным

физиологическим процессом. Данные изменения предписывают будущей матери строгое соблюдение всех рекомендаций врача, исполнение гигиенических процедур и правил, которые направлены на сохранение здоровья матери и нормальному развитию ребенка. В период беременности будущая мать является для ребенка «окружающей средой». И таким образом, организм матери создает благоприятные условия для роста и внутриутробного развития малыша. Издревле бытует мнение, что: «В здоровом теле женщины – будущее целого народа».

По мнению М. Мид [9], материнская забота и привязанность к малышу достаточно глубоко заложены в биологических условиях зачатия, вынашивания, родов, кормления грудью, но достаточно сложные социальные установки могут подавить их. Самой природой заложено, что каждая женщина по своей сути является матерью, или же, женщин специально будут обучать отрицать свои детородные качества: «Общество должно исказить их самосознание, извратить врожденные закономерности их развития, совершив целый ряд надругательств над ними при их воспитании, чтобы они перестали желать заботиться о своем ребенке, по крайней мере, в течение нескольких лет, ибо они уже кормили его в течение девяти месяцев в надежном убежище своих тел» (М. Мид).

В обществе, где состояние беременности вызывает социальное неодобрение, оскорбляет супружеские чувства, женщины идут на многое, чтобы не рожать детей. Наблюдается значительное нарушение материнских чувств, если при родах применяется наркоз, который не дает женщине осознать рождение ребенка, если естественный процесс кормления грудью подменен искусственным кормлением.

Такие исследования И. Кона, М. Мид, М. Лэмба, К. Маккартни, Д. Филиппса говорят о том, что если люди ставят на первый план социальный ранг, то женщина способна убить своего ребенка собственными руками. Например, так делали женщины Таити и женщины племени Натчез, так как детоубийство повышало их положение в обществе.

В своих исследованиях М. Мид делает сравнительный анализ между развитыми и примитивными цивилизациями на предмет того, как подавляются материнские чувства. Результаты ее исследований говорят о том, что в обществе, где значительно ценится принцип законнорожденности, незаконнорожденный ребенок может быть брошен или убит матерью.

Э. Бадинтер придерживается другой противоположной позиции. Она проследила на протяжении четырех столетий, с XVII до XX веков, как исторически складывались материнские установки. И делает вывод о том, что материнский инстинкт на самом деле это миф. Поведение матери формируется под влиянием культуры, амбиций, фрустраций. Понятие «материнская любовь» находится в постоянном движении, оно развивается под влиянием различных социальных установок. В разные исторические периоды наполняется разным содержанием.

В своих исследованиях Э. Бадинтер изучает три главные женские роли, это жена, мать, женщина, которая свободно реализуется. Она говорит о том, что одна из этих ролей, в разные исторические эпохи становилась главной и более значимой, чем другие. Также она проследила связь между ответственностью женщины за рождение ребенка и общественными потребностями: «Женщина становится лучшей или же худшой матерью в зависимости от того, ценится или же нет в обществе материнство».

Э. Бадинтер провела исследование материнских установок во Франции (несколько веков) и сделала вывод о том, что до XVIII века материнская любовь характеризовалась как случайное явление. И представляла собой такую же обязанность в семье, как и на семейном производстве. Но деторождение оставалось главной частью жизни женщины. Основными составляющими в ценности ребенка являлось его сословное происхождение, пол, очередность рождения. Как правило, прежде всего, ценился мальчик, причем законнорожденный, и который был рожден первым.

Достаточно спокойно было отношение к смерти ребенка. Распространенными выражениями в таких случаях было: «Бог дал, Бог взял»,

«в ином мире ему будет лучше». Если же в семье появлялся незаконнорожденный ребенок, то широко была распространена практика «закамуфлированный инфантицид». То есть, такой ребенок подбрасывался в чужие семьи, дома, или же устраивался несчастный случай.

Закамуфлированный инфантицид был предпочтителен искусственным родам, так как вещества, применявшиеся при абортах, были высокотоксичны. Отмечается тенденция некого безразличия к пропаже детей, или же внезапной гибели.

В своих исследованиях по социальному сиротству К. Боннэ говорил о том, что между инфантицидом и отказом от ребенка существует прямая связь. Та форма отказа от материнства, которая влекла за собой меньшее наказание, и была значительно представлена в обществе.

Изменениям в обществе, общественном сознании были подвержены и материнские установки, а также образ ребенка.

В своих исследованиях Л. Стоун выделил четыре образа ребенка в европейской культуре:

1. традиционно-христианский, говорящий о том, что каждый ребенок заклеймен первородным грехом и для его спасения необходимо серьезное подавление воли и всецелое подчинение родителям, а также духовному пастырю;
2. социально-педагогический детерминизм, говорящий о том, что ребенок представляет собой «чистый лист», нет ни добра, ни зла. Родители, общество, воспитатели могут писать на этом листе все, что угодно;
3. природный детерминизм, говорящий о том, что возможности, характер ребенка определено еще до его рождения;
4. утопически-гуманистический взгляд, говорящий о том, что новорожденный рождается хорошим, но общество портит его.

Такие авторы как М. Гроссман, Г. Лоис, Е. Марголис, А. Проник исследовали различные варианты материнства в различных культурах на современном этапе и пришли к выводу, что существующие образцы семьи,

детства и ценностей, которые приняты в данной отдельной культуре оказывают влияние на поведение матери, а также переживания женщины. В данных работах значительный интерес вызывает сравнительный анализ материнских функций в различных культурах. Так как, именно под влиянием культурных составляющих происходит формирование материнского поведения, отношение к ребенку.

Итак, необходимо отметить, что материнство является одной из главных социальных ролей женщины. Материнство заложено самой природой, но общество, его нормы, ценности предопределяют материнское поведение и материнское отношение.

Во время беременности изменяются не только физические функции женщины, но и ее психология. Плацента, выделяя гормоны в организм женщины, меняет ее физиологически, тем самым подготовливая ее к родам и дальнейшему кормлению малыша.

Весь организм женщины перестраивается, в частности, нервная система, и весь организм функционирует только в направлении вынашивания ребенка. Что в свою очередь ведет к физиологическим изменениям в системе самого плода.

Социальные, моральные, нравственные, этические, экономические, общественные факторы влияют на отношение женщины к беременности. Но необходимо отметить, что и от самой беременной женщины зависит отношение. Первое, что изменяется при беременности у женщины это ее эмоциональное состояние. Первая половина беременности посвящена заботе о своем здоровье, но как только появляются первые шевеления плода, внимание будущей матери переключается на ребенка. И все заботы и тревоги связаны именно с ним. Ребенок осознается как отдельная личность, мать начинает с ним разговаривать, гладить. Представляя, каким родится ребенок, какие качества, характер у него будут. Будущая мать перестраивает всю свою жизнь под ребенка, меняет привычки, привычный уклад жизни, опасается за свой внешний вид, переживает за отношения с мужем.

Для того, чтобы преодолеть эти страхи, женщина возвращается к модели детского поведения. На бессознательном уровне женщина пытается преодолеть свои страхи и опасения, а также найти защиту среди окружающих ее людей. Л. Кертиш говорил о том, что для беременной женщины именно родственники и близкие ей люди должны обеспечить психологический комфорт и защиту. Женщина должна ощущать надежную опору в их лице.

Перед самими родами возрастает тревога, ее проявлением зачастую является гиперактивность женщины, которая стремится ускорить ход событий. Непосредственно перед родами у женщин наблюдаются психологические расстройства, это встречается в 60-80% случаев.

У беременных женщин, зачастую, встречаются различные виды тревоги:

1. Генерализованная
2. Физическая (женщина тяжело переносит беременность именно в физическом плане)
3. Переживания за плод
4. Переживания по поводу ухода за малышом (боязнь, что не справится)
5. Переживания, связанные непосредственно с самими родами
6. Переживания по поводу кормления малыша (будет ли молоко)
7. Психопатологические феномены тревоги.

Г. Айламзян отмечает, что переживания по поводу родительства присущи женщинам в более старшем возрасте.

Достаточно большое количество исследователей изучали психическое состояние женщины, и влияние беременности на него.

Такие авторы как М.А. Кочнева, А.Е. Сумовская указывали на то, что в первом триместре снижается уровень умственной работоспособности на 39, 9%, а в третьем триместре на 28,7%. Снижение умственной работоспособности объясняется тем, что во время беременности снижается

функциональное состояние коры головного мозга. И это состояние остается неизменным да самых родов.

У беременной женщины умственная работоспособность представлена снижением темпа работы. Если женщина выполняет порученное ей задание, то можно наблюдать снижение внимания и других психических процессов. Беременная женщина работает на привычном рабочем месте. Но в связи с беременностью, она уже не может выполнять работу в привычном для себя темпе и режиме, она не справляется с поставленными задачами. Все это, только усугубляет непростое психическое состояние. Усиливается психическая напряженность, конфликтность, все это ведет к развитию психозов, невротическим расстройствам, что в свою очередь может пагубно сказаться на протекании беременности.

Подготовка к беременности, внимательное отношение к своему здоровью все это является залогом благополучия и здоровья будущего малыша.

Определенными факторами риска при беременности и родах являются хронические заболевания, вредные привычки, неправильный образ жизни, тревога и страх перед родами. Так как впервые рожающая женщина страшится неизвестности данного процесса.

Отрицательно сказываются различные хронические заболевания на развитие будущего ребенка и влекут за собой осложнения при родах.

Перечислим, что представляет большую опасность для будущего ребенка:

- хронические инфекции (пиелонефрит, воспалительные процессы в матке и ее придатках, бронхиты, тонзиллиты т.д.);
- заболевания сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, ревматизм, пороки сердца);
- эндокринные заболевания (ожирение, сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, хроническое нарушение работы яичников);

- заболевания крови (анемия, нарушения, связанные со свертываемостью крови).

Самый главный «враг» счастливой беременности – это аборты. Они провоцируют воспалительные процессы и другие осложнения, которые в свою очередь влекут за собой невозможность нормально вынашивать беременность. А также зачастую приводят к осложнениям при родах. Традиционно принято считать, что для рождения первого ребенка самым благоприятным является возраст от 20 до 26 лет. Роды до 20 лет влекут за собой различные осложнения, так как организм еще не готов к такого рода нагрузкам, которые возникают при беременности. А в более старшем возрасте, организм запускает процесс старения и постепенно происходит накопление различных заболеваний, что также негативно влияет на протекание беременности.

Отдельно необходимо обратить внимание на вредные привычки, которые наносят непоправимый вред будущему ребенку. Это курение, употребление наркотиков и алкогольных напитков. Зависимость от этих вредных привычек приводит к тому, что женщина не может родить здорового ребенка. Систематическое отравление ребенка ведет к внутриутробному нарушению развития всех жизненно важных органов и систем еще не рожденного ребенка. Ребенок плохо развивается и растет, снижается или вообще отсутствует иммунитет, который защищает плод от неблагоприятных факторов. Существует риск потери ребенка на стадии вынашивания. Если женщина сочетает в себе вредные привычки и какое-либо хроническое заболевание, то последствия могут оказаться достаточно тяжелыми как для матери, так и для малыша. Потому что все проблемы матери при беременности становятся проблемами и плода. Так как ребенок полностью зависит от организма матери. И то, что выдерживает взрослый организм, под час не под силам еще неокрепшему плоду.

Таким образом, необходимо большое внимание уделять именно беременности. Все заботы, хлопоты, волнения должны отойти на второй план.

Недаром говорят, что «если будущая мама счастлива, здорова. То здоровым и счастливым будет и малыш». Поэтому главная забота женщины, это забота о себе, о своем душевном равновесии, о физическом здоровье. Будущей маме необходимо избегать различного рода конфликтных, стрессовых ситуаций, то есть все, что может вызвать негативные эмоции.

На сегодняшний день, пристальное внимание уделяется психологической подготовке к родам, осознанному родительству, душевному состоянию женщины. Организуются курсы по подготовке к родительству, на которые приглашаются не только будущие мамы, но и папы. Все это делается потому, что тревоги, переживания, страхи накапливаются и взаимо влияют друг на друга. Все переживания женщины имеют такую особенность как отражение на ее беременности. Со временем, чем ближе время подходит к родам, у женщины формируется страх.

Общеизвестно, что центральная нервная система управляет родовой деятельностью (схватками). Чем больше женщина впадает в панику, тем больший ущерб наносит родам. Это характеризуется тем, что схватки становятся хаотичными, нерегулярными и это, в свою очередь, увеличивает продолжительность родов. И как следствие, влечет за собой болезни самого ребенка.

Страх перед родами характерен многим женщинам. Это естественная, физиологическая реакция организма, но она призвана сконцентрировать все резервы организма для главной задачи – рождение здорового малыша. Возникает закономерный вопрос, каким образом справляться со страхом перед родами.

По мнению В.Н. Дарского, необходимо не допускать возникновение страха. Ежедневно надо убеждать женщину, что все рожают, и что у нее тоже все пройдет отлично.

Такие исследователи как Паркер, Ринглер, Уденбург, говорят о том, что беременность – это состояние стресса для всего организма, эмоциональный кризис, и даже можно сказать «болезнь», которая навязывается женщине.

Первая беременность представляет собой отправную точку в жизни. Поиск женской идентичности. Беременная женщина всем своим видом доказывает, что она состоялась как женщина в сексуальных отношениях.

По мнению отечественных исследователей В.П. Мещерикова, А.К. Филипповой беременность не что иное, как физиологический процесс протекания в организме женщины развития оплодотворенной яйцеклетки, которое ведет к формированию плода и дальнейшему его развитию уже внутри матери. При возникновении беременности, которая является новым состоянием организма, требуется полная отдача и бесперебойная работа всех систем и органов.

По мнению Р.В. Овчаровой, которая говорит о том, что беременность, материнство и роды являются значимыми ступенями развития и формирования идентичности женщины. Р.В. Овчарова считает, что данные этапы взаимосвязаны друг с другом, женщина проживает последовательно каждый этап. И если каждый этап прожит эффективно и полно, то это дает основу для такого же проживания следующего этапа в жизни женщины.

Изучая беременность с точки зрения стадии развития, мы можем дать характеристику этого периода. Существующие изменения касаются и психофизиологического, и психологического уровня.

Изменения на психофизиологическом уровне.

1. Акустическая. Многие беременные женщины негативно относятся к громкой музыке. Предпочтительней становится классическая или медитативная музыка. Достаточно болезненно реагируют на громкие, внезапные звуки.

2. Визуальная. Многие беременные женщины отмечают изменения зрительного восприятия. Остро реагируют на изображения жестокости, различные неприятные события. И наоборот, чутко чувствуют красоту, гармонию, становятся более восприимчивыми к сочетанию цветов.

3. Кинестетическая. Многие беременные женщины не разрешают прикасаться к ним.

4. Запах. Беременная женщина становится более восприимчива к различного рода запахам. Одни запахи ее раздражают, и она считает, что они могут навредить ребенку. А другие запахи, наоборот, вызывают успокаивающий эффект и гармонию.

5. Вкус. Многие беременные женщины не переносят определенную пищу. Или же наоборот, употребляют в пищу не свойственные им ранее продукты.

Изменения психологического характера проявляются в виде синдрома беременности как психогенное состояние, имеющее ограниченный период времени. И наступает этот период в момент полного осознания женщиной своего положения. Заканчивается же данный период не во время родов, а намного позже.

Женщина бессознательно переживает «синдром беременности», который имеет временные границы и может характеризоваться такими симптомами:

1. Первый этап характеризуется аффектом осознания женщиной себя беременной. Если женщина достаточно независима, профессионально успешна, имеет достаточно высокий социальный статус, то вопросов о деторождении будет больше и ей достаточно трудно будет решиться на рождение ребенка.

2. Вторым этапом для женщины является принятие собственного образа, и физиологические изменения в своем организме.

По мнению таких исследователей как Спайлбергер, Джейкобс изменения на биологическом уровне, а также нейроэндокринные изменения, которые сопровождают беременность, оказывают мощное психологическое влияние на будущих матерей. Данные авторы отмечают, что изменения интенсивны по своему характеру только в начале беременности. Требуется определенное время, чтобы адаптироваться к ним. И эти изменения влияют на эмоциональный фон беременной женщины, создавая тем самым

психологический стресс, который проявляется в тошноте, рвоте, головокружении, отсутствии аппетита.

По мнению В.И. Брутмана, М.С. Радионова, женщина испытывает симптом противоречивого отношения к беременности. Она одновременно испытывает чувство радости, надежды, а с другой стороны страх, печаль, тревогу, неизвестность.

По мере того, как беременная женщина осознает свое новое положение, все негативные мысли отходят на второй план.

В дальнейшем, по мере протекания беременности, происходит психическая перестройка самосознания женщины, постепенно в него включается образ самого малыша. Данный момент наступает, как только женщина начинает ощущать первое шевеление плода. Таким образом, ребенок дает о себе знать, что он существует, что его жизнь протекает хотя и внутри матери, но как таковой этой жизнью мать не в состоянии управлять.

Вершиной синдрома беременности является симптом принятия новой жизни в себе. Таким образом, у женщины происходит переоценка психофизиологического состояния. Это состояние можно охарактеризовать как принятие на себя ответственности за ребенка, за его судьбу, мечтами и различными предположениями о ребенке (какой он, кем вырастит и т.д.).

На данном этапе беременности мы можем увидеть изменение конструкта «Я и окружающий мир». Беременная женщина предъявляет более высокие требования ко всему окружающему, присваивает ему новые характеристики. Можно назвать это завышенными притязаниями к другим.

Необходимо обратить внимание на тот факт, что симптом завышенных притязаний подразделяется на два феномена. Первый, это феномен недоверия к окружающим, а второй – феномен отношения к отцу будущего малыша.

Беременная женщина бессознательно требует к себе повышенного внимания и отношения, что приводит к бессознательному манипулированию. Большое количество мужчин, осознавая, что в жизни женщины скоро

появится другой значимый человек, чувствуют свою «ненужность» и избегают жену. В итоге, женщина в лице мужа теряет надежную опору и поддержку, которая ей так необходима.

На фоне этого многие беременные женщины испытывают сенсорный голод, который вызывает раздражительность, и зачастую раздражительность переходит в агрессию по отношению ко всему окружению, а особенно к своему мужу. Поэтому мы можем говорить об ощущении женщиной депривации, которая сопровождается отчуждением.

Пристальное внимание вызывает проблема, которая возникает примерно с 20 – 25 недели. Это проблема невозможности вести полноценную сексуальную жизнь. Тем самым дистанция между мужчиной и женщиной увеличивается и возникает симптом сексуальной неполноценности всего периода беременности.

Далее, проявляется симптом страха перед родами. Данный симптом эмоционально насыщен, так как носит двойкий характер. С одной стороны, женщина хочет побыстрее родить, а с другой стороны ей хочется избежать родов. Она ждет благополучного разрешения от беременности, но в то же время испытывает страх перед родами. Соглашаясь на различного рода обезболивающие препараты, женщина не думает о последствиях, тем самым демонстрируя психическую незащищенность.

Симптом нетерпения является предпоследним симптомом при беременности. Беременность уже надоела женщине, и она испытывает возбуждение и нетерпение. Она хочет, чтобы уже все благополучно закончилось, и ребенок родился.

Этот период характеризуется колебаниями настроения беременной женщины. То она радуется, что ребенок скоро родится, то переживает. Все ли хорошо будет с ребенком, благополучно ли пройдут роды.

И, наконец, последним симптомом синдрома беременности является «пигмалионизация» ребенка. Мать воспринимает реального ребенка, происходит переход от фантастического к реальному образу ребенка.

Все вышеперечисленные симптомы выражены у беременных женщин в разной степени. При первой сохраненной беременности каждый из симптомов может проявляться по-разному. Но у всех сохраняется страх перед неизведанным.

Итак, мы можем говорить о том, что структура психологической готовности к материнству подразумевает субъектное отношение к ребенку. Оно вплетается в стиль материнского поведения и является благоприятным для общения матери и ребенка.

Большинство женщин воспринимает беременность и последующее материнство как необходимость соответствовать социальным нормам, принятым в обществе. Личность будущей матери является основополагающей при сохранении беременности, а также ее отношения с окружающим миром.

Таким образом, психопрофилактическую работу необходимо начинать еще до планирования беременности, ориентируя ее на ценностные ориентации женщины и ее систему отношений.

Психологическая подготовка к самой беременности, пренатальное воспитание могут являться мощным фактором психопрофилактики. Если же у женщины наблюдается неготовность к материнству, то можно говорить о риске в дальнейшем при обращении матери с ребенком.

Итак, подводя итог всему вышесказанному, можно утверждать, что беременность – это новое состояние организма и психики женщины. Это состояние представляет собой один из главных моментов в жизни - момент когда благополучие в семье будет зависеть от того, насколько женщина умеет быть матерью.

1.2. Понятие психологического компонента гестационной доминанты в современной психологии

Беременность многие женщины воспринимают и переносят по-разному, от этого во многом зависит характер взаимоотношений в семье. Ведь привычный уклад жизни пары меняется и это связано не только с тем, что скоро семью ждет новая жизнь и надо будет принять родительские роли, но и с тем, как в настоящее время женщина относится к своей беременности.

Специалисты установили, что эмоциональное состояние будущей матери напрямую связано с эмоциональным состоянием малыша, однако отношение женщины к своей беременности так же тесно связано с взаимоотношениями, складывающимися в ее семье.

Все это во многом определяет такое понятие, как психологический компонент гестационной доминанты. Термин «гестация» в основном переводится как «носить в себе» и означает беременность, а доминанта — это преобладание, т.е. гестационная доминанта — это когда беременность для женщины становится важным и основным процессом, на котором сосредоточено все внимание женщины. Психологический компонент гестационной доминанты или попросту беременности — это комплекс механизмов психической саморегуляции, которые включаются в момент беременности и направлены на сохранение беременности и создание всех необходимых условий для благополучного развития ребенка. Кроме того данные механизмы саморегуляции формируют отношение женщины к беременности и определяют ее поведение.

Особую заинтересованность в психологии беременности вызывает возможность прогнозировать отклонения от положительного материнского поведения и конструирование психологического воздействия.

Для этого создаются различные типологии и способы определения отношения женщин к беременности.

Стиль переживания беременности подразумевает:

- физическое и эмоциональное переживание момента идентификации беременности;
- переживание симптомов беременности;
- динамика переживания симптомов на различных сроках беременности;
- преобладающий фон настроения на различных сроках беременности;
- переживание первого шевеления плода и дальнейших шевелений по мере протекания беременности;
- активность женщины на последних сроках беременности.

Такой исследователь как Филиппова Г.Г. определяет шесть стилей переживания беременности:

1. Адекватный стиль. Он характеризуется идентификацией беременности без долгих отрицательных эмоций. Первый триместр характеризуется общим снижением настроения, но без депрессивных моментов, появление раздражительности. Второй триместр характеризуется положительным эмоциональным состоянием. Третий триместр характеризуется подготовкой к послеродовому периоду. В 16 – 20 недель мать ощущает первое шевеление ребенка, и этот момент сопровождается только положительными эмоциями.

2. Тревожный стиль. Он характеризуется тревожной идентификацией беременности, сопряженной со страхом, беспокойством, которые возникают периодически. В первый триместр эмоциональное состояние тревожное, в некоторых случаях депрессивное. Второй триместр характеризуется повторяющимися депрессивными или тревожными моментами, стабилизация не наблюдается. Третий триместр характеризуется тем, что вышеупомянутые моменты усиливаются. Наблюдаются повышенная активность, которая влечет за собой страх за беременность, роды, а также послеродовый период. Женщина ощущает первое шевеление ребенка очень рано и возникают сомнения в данном факте. Или же наоборот, женщина

четко помнит дату, время, минуты первого шевеления. В дальнейшем, повторные шевеления связаны с тревогой за себя и будущего малыша.

3. Эйфорический стиль. Он характеризуется тем, что все существующие на данном этапе характеристики имеют эйфорическую окраску, причем не всегда адекватную. Наблюдается отсутствие критического отношения к возможным проблемам при беременности и материнстве. В таких случаях, к завершению беременности возникают осложнения. И в послеродовый период наблюдается неблагополучие в ожиданиях.

4. Игнорирующий стиль. Данный стиль характеризуется тем, что идентификация беременности наступает слишком поздно. Женщина на этом этапе испытывает чувство досады, а зачастую и неприятное удивление. Развитие эмоционального состояния особо не отмечается, а наблюдается повышенная активность. Поздно замечается первое шевеление плода, а следующие воспринимаются как дискомфорт и носят физиологический характер. Третий триместр характеризуется повышением активность, но она не связана с ребенком.

5. Амбивалентный стиль. Данный стиль во многом схож с тревожным стилем. Женщина достаточно остро переживает шевеление плода, которое сопровождается болевыми ощущениями. Возникающие отрицательные эмоции окрашены переживанием за завершение беременности и за ребенка. Женщина винит различные внешние обстоятельства, которые могут помешать беременности.

6. Отвергающий стиль. Данный стиль характеризуется тем, что при идентификации беременности происходит резкое отрицание, окрашенное неблагоприятными эмоциями. Все симптомы достаточно резко выражены как физически, так и эмоционально. Женщина переживает беременность как помеху, наказание за что-то. При шевелении плода она испытывает неприятные физические ощущения, которые сопровождаются зачастую и

брезгливостью. Беременность может завершиться моментами депрессии, или же присутствуют аффективные состояния.

В своих исследованиях Шмурак Ю.А. определила материнскую типологию, которая показывает, как женщина принимает своего ребенка: осознанно или бессознательно.

1. Идеальное принятие (женщина сознательно и бессознательно принимает своего ребенка);
2. Холодное принятие (женщина сознательно отвергает и бессознательно принимает своего ребенка);
3. Амбивалентное принятие (женщина сознательно принимает своего ребенка и бессознательно отвергает его);
4. Катастрофическое принятие (женщина сознательно и бессознательно отвергает своего ребенка).

В своих исследованиях В.И. Брутман, М.С. Радионова, изучали переживания беременности и сравнивали эти переживания у достаточно благополучных женщин и женщин, которые отказывались от своих детей. По результатам исследования они сделали вывод, что для женщин, которые отказываются от своих детей характерно понижение выраженности симптоматики беременности.

По мнению Р.М. Шеришевского ярко выраженная симптоматика, которая сопровождается неблагоприятными эмоциональными переживаниями, также характеризует отрицательное отношение к беременности, и, следовательно, к материнству.

В своих исследованиях Г. Роттман, Т. Верни, С. Фанти в русле психоанализа рассматривали отношение женщины к интенсивности шевеления плода в различных культурах. Авторы пришли к выводу, что прогностическую ценность имеют особенности переживания соматического компонента беременности женщиной и шевеление ребенка в целях ранней диагностики отклонений от благополучной модели материнства.

Психологами были выделены несколько типов психологического компонента беременности. Давайте рассмотрим их.

Оптимальный тип. Женщина ответственно относится к своей беременности и без лишней тревоги оценивает свое состояние. Она вовремя становится в женскую консультацию на учет, прислушивается к рекомендациям лечащего врача, но, как правило, ведет здоровый и активный образ жизни. Как правило, в такой семье взаимоотношения между супругами гармоничные и ребенок желанный обоими партнерами.

Тревожный тип. У женщины ярко выражена тревога, что оказывает влияние на ее физическое самочувствие. Тревога может быть оправданна (заболевания, материальные трудности), однако чаще всего беременная женщина либо преувеличивает трудности, либо не может объяснить причину тревоги. С таким типом доминанты, женщина в последующем часто проявляет гиперопеку (чрезмерную заботу о ребенке) и чувствует себя неуверенно в отношении воспитания. В семье конфликты между супругами часто выносятся в сферу воспитания ребенка, происходит как бы перенос конфликтов в браке на процесс воспитания.

Эйфорический тип. Данный тип часто встречается у женщин, которые длительно не могли забеременеть, а также у женщин с истерическими чертами личности (эгоцентризм, жажда внимания со стороны, восхищения и сочувствия, потребность в признании). Иногда в таком случае беременность является способом манипуляции мужем, трудности преувеличиваются, явно демонстрируется чрезмерная любовь к ребенку, женщина требует постоянного повышенного внимания окружающих и выполнения все ее желаний. В последующем формируется потакающий стиль воспитания ребенка, конфликты между супругами всегда выносятся в сферу воспитания ребенка.

Депрессивный тип. Характеризуется сниженным фоном настроения у беременной, женщина, так желавшая ребенка, может вдруг утверждать, что не хочет его, что не сможет выносить и родить здорового ребенка.

Беременная с таким типом психологического компонента боится потерять мужа из-за изменившегося внешнего вида и других отношений в паре, часто плачет. Такое поведение женщины может действительно ухудшить ее взаимоотношения с близкими, которые объясняют капризы ее состоянием, и не понимают, что ей необходима помощь. Врачи и близкие, все кто общается с беременной и может заметить данные проявления должны обязательно направить ее к психологу или психотерапевту, ведь в тяжелых случаях проявления депрессивного типа могут появиться комплекс унижения (чувство вины, ощущения бессилия и невозможности справиться) и суицидальные мысли. В последующем, в воспитании ребенка может наблюдать эмоциональная холодность и жестокое обращение.

Гипогестогнозический тип. Часто встречается у женщин, которые не закончили учебу или не хотят расставаться с любимой работой, зачастую беременность является не запланированной и неожиданной для женщины. Такие беременные не склонны менять свой уклад жизни и привычки, они скептически относятся к врачам, и часто у них нет времени на посещение доктора. После родов, в семье, как правило, будет наблюдаться неразвитость родительских чувств, эмоционально ребенок будет отвержен, и чаще его воспитанием будут заниматься другие лица (бабушки или няни).

Гестационная доминанта. Характеризует физиологические и нервно-психические процессы, происходящие в организме беременной, данная доминанта имеет не только психологический компонент, но и физиологический. Физиологический компонент определяется биологическими изменениями в организме женщины, а психологический компонент определяется психическими изменениями, те и другие изменения подготавливают женщину к вынашиванию и рождению малыша.

Гестационная доминанта определяет направленность всех этих изменений на создание определенных условий для развития ребенка.

На проявления психологического компонента беременности оказывают влияние внешняя среда и личностные особенности женщины, в ответ на

действие которых возникает возбуждение в центральной нервной системе в тех очагах, которые более чувствительны к процессу беременности.

Таким образом, тот или иной тип психологического компонента гестационной доминанты зависит от внутренней среды женщины, ее характера, темперамента и общего подхода к жизни, а также внешнего мира, который женщину окружает (муж, семья, врачи).

1.3. Основные направления психологии, исследующие отношение к жизни молодой женщины во время беременности

Одним из направлений, исследующих отношение к жизни беременной женщины, является психолого-педагогическое направление. Перинатальная психология также, по праву, является основным направлением, которое изучает проблемы беременности, родов, периода после родов, в таких аспектах как физиологический и психолого-педагогический. В данном направлении применяется семейно-ориентированная психотерапия. Происходит процесс включения мужа, родственников и других близких женщине людей, которые вместе с ней ожидают появление ребенка, поддерживают ее и оказывают помощь. В процессе развития данного направления происходит психологическая работа с семейными парами по подготовке их к рождению малыша, а также его воспитанию. Также для того, чтобы подготовить пары для создания благоприятных условий развития ребенка подбираются различные методы психологической коррекции. Семейные пары целенаправленно ориентируются на «сознательное родительство». Также в русле данного направления разрабатываются психологические тренинги, пары знакомятся с такими техниками родов как: домашние роды, роды в воде, роды в присутствии мужа.

Для построения эффективных программ авторы, работающие в данном направлении, выделяют материнские качества, особенно специфику ее

переживаний, эмоциональное и физиологическое состояние, то есть программы выстраиваются, учитывая специфику самой беременной женщины.

Следующим направлением является психотерапевтическое направление. Представители данного направления рассматривают женщину и ее особенности как отправную точку нарушений в психическом развитии ребенка. А также, изучают практически нарушения психического развития ребенка, нарушения социализации ребенка в обществе, а также возникающие проблемы в подростковом возрасте. Достаточно большое внимание обращается на отклоняющееся поведение матери, что влечет за собой негативное воздействие на психическое развитие ребенка.

Далее, следующим направлением является материнство как составная часть личностной сферы женщины. Материнство по своей сути является одной из главных женских ролей. Насколько женщина удовлетворена своей ролью матери, настолько она успешна на стадии половой, личностной идентификации. Об этом говорили такие авторы как: Р.М. Шеришевский, Л. Яров, М. Герсон, В. Миллер. Во всяком случае, в русле данного направления, на первый план выходили отдельные аспекты материнства или же функции. Необходимо выделить следующие аспекты внутри данного направления.

Один из аспектов – это материнство как стадия половозрастной и личностной идентификации. Исследования, посвященные данному аспекту, рассматривают личностное развитие женщины, психологические, физиологические особенности различных периодов репродуктивного цикла. Данные исследования опираются на такие психологические подходы как: психоанализ, гуманистическая психология, психиатрия, психофизиология, физиология. При этом используются различные методики, опросники, беседа, наблюдение, а также проективные методики.

Значительным, критическим периодом в жизни женщины представлен период полоролевой идентификации. На данном этапе проводится анализ незавершенных детских психологических проблем, проблем с матерью,

личностные конфликты. При беременности происходят изменения личностного характера, имеет место быть инфантилизм, повышается уровень тревожности, обостряются внутриличностные конфликты, повышаются различного рода зависимости.

Многие авторы, исследующие данную проблематику, говорят о том, что беременность представляет собой достаточно болезненный переходный период, который в большинстве случаев сопровождается кризисными переживаниями. Беременность характеризуется значительными изменениями сознания женщины, а также во взаимоотношениях с окружающим миром.

Для большинства женщин завершение беременности становится огромным шагом к зрелости, повышению самоуважения. Надо сказать, что первая беременность становится для женщины наиболее стрессовой. Так как заканчивается период единоличного существования, и начинаются детско-родительские отношения, вся жизнь женщины подчиняется маленькому существу, которое полностью от нее зависито.

Многие авторы различных направлений говорят о существовании трех этапов в развитии беременности. Первый этап – это самое начало беременности, второй этап – этап на котором женщина ощущает первое шевеление ребенка, а третий – представляет собой заключительный этап перед родами и период после родов. Исследователи трансперсонального направления рассматривают беременность как переживание эмоционального взаимодействия со своей матерью.

Психотерапевтические исследования подходят к изучению беременности как к периоду в жизни женщины, чувствительному к обострению различных психологических проблем и потому необходимому вмешательству и психологической помощи. В русле данного направления ведется разработка различных методов психотерапии для коррекции психологических проблем при беременности. С другой стороны, беременность рассматривается как подготовительный этап для развития привязанности между матерью и ребенком.

По мнению Брутмана В.И., главным моментом для формирования привязанности к будущему ребенку является первично возникающее чувство, которое. Как правило, совпадает с началом шевеления плода. Это первое шевеление вызывает у матери чувство «единства» с ребенком.

По мнению Шмурак Ю.И., образ ребенка для матери является абстрактным, символическим, связанным с социально значимыми ценностями до тех пор, пока мать не ощутит первые внутриутробные шевеления малыша. Социально значимые ценности являются отражением, сформированным в детстве, в семье родителей, матрицы материнского поведения. Как только малыш начал шевелиться, у беременных женщин происходит своеобразное «вслушивание» в свое тело, происходит фиксация на своих новых ощущениях.

Фиксация на своих ощущениях, по мнению В.И. Брутмана, подготавливает самосознание беременной женщины к принятию реального ребенка. Этим и определяется отношение матери к ребенку, и она начинает употреблять слово «мой». Продолжающиеся шевеления дают толчок к возникновению фантазий, которые связаны с ребенком, представление его, его поведения.

Копыл Л.В., Баз О.Л., Баженова О.В. провели исследования, показывающие, что образ ребенка, который возникает у матери, с течением беременности изменяется и приобретает более реальные черты. Существуют два направления: первое – это движение в сторону реальности и обобщенности образа, когда ребенка наделяют различными чертами поведения, психическими особенностями, а также строением тела, цветом глаз. Второе направление – это необходимость решения внутренних и социальных задач, которые необходимо решить женщине, для того, чтобы она смогла достигнуть зрелой личностной позиции. Главная задача – это налаживание и построение гармоничных отношений с близкими ей людьми.

Исследования, проведенные Г. Лоисом, Е. Маргонесом, дают анализ материнских высказываний, которые отражают удовлетворенность ролью

матери, а также соответствие ожиданий до и после родов. Представления о себе как о матери, предположения об образе ребенка подвергаются анализу с позиции эмоциональной насыщенности и определяются готовностью к материнству. В диаде «мать – дочь» беременность становится неким испытанием, так как беременная женщина на бессознательном уровне повторяет роль собственной матери по отношению к ребенку, до тех пор, пока сама не начнет действовать как самостоятельная мать.

Самостоятельно исследуются проблемы беременности несовершеннолетних и женщин юного возраста такие как: сама беременность, личностные проблемы, взаимоотношения с матерью, качество привязанности юной матери, особенности взаимодействия юной матери после родов с ребенком.

Также отдельно исследуются проблемы беременности у женщин в зрелом возрасте, такие как: поздняя беременность, особенно если роды первые, тревожность, психологическое бесплодие, осложнения при поздней беременности, психотерапия, психокоррекция, компенсаторные механизмы во время поздней беременности.

Большинство исследований сходятся во мнении, что состояние беременности – это переходный период в жизни женщины, в процессе которого происходит перестройка сознания женщины, ее взаимоотношений с окружающим миром. Стressовый характер носит первая беременность, которая представляет собой поиск полоролевой идентичности, построение взаимоотношений в диаде «мать – дочь», установление адекватного контакта с мужем.

Если данный переход носит положительную окраску, то женщина достигает внешней и внутренней уверенности, а также приобретает качественно новый социальный статус. Беременность также является основным моментом в становлении привязанности матери к ребенку.

Еще одним из направлений изучения беременности является девиантное материнство. Проблема девиантного материнства на

сегодняшний день стоит очень остро. Является проблемой, как в теоретическом, так и в практическом плане.

В данное направление входят следующие проблемы: отказ матерей от своих детей, проявление пренебрежения и открытого насилия по отношению к детям, нарушение отношений между матерью и ребенком, что становится причиной отклонения в психологическом развитии ребенка на разных возрастных этапах, а также снижение эмоционального благополучия ребенка.

В исследованиях Брутмана В.И., Радионовой М.С., Варги А.Я. изучается неблагоприятное течение беременности, которое отрицательно влияет на будущее материнство, и предполагает отказ в последующем от ребенка. Похожими исследованиями занимались Д. Пинес, К. Боннет.

Д. Пинес дает объяснение того, почему женщины завершают свою беременность отказом от ребенка или ищут способы другого отклонения от материнских забот. Основными причинами называют: инфантилизм, повышенная потребность в любви, которая связана с обделенностью вниманием и заботой в детстве, также сексуальная неразборчивость, эгоцентризм. Такие женщины воспринимают себя самих как детей, им трудно адекватно заботиться о ребенке, зачастую могут проявляться садистские наклонности, агрессивные проявления к ребенку, особенно к мальчику.

Психоаналитическое исследование провела К. Боннэ, она исследовала во Франции матерей, которые отказались от своих детей, и пришла к выводу, что данным матерям присущи некие общие черты развития беременности. Для таких женщин характерно позднее обнаружение беременности на втором и даже третьем триместре беременности. Данные в ходе исследования показали, что из выборки в четыреста женщин, которые рано родили и оставили детей, только 8% женщин обратились в первом триместре за первой консультацией к врачу. К. Боннэ считает, что отказ от ребенка является следствием позднего обращения к врачу. Запаздывание момента шевеления ребенка зачастую связано, по мнению К. Боннэ, с защитным отрицанием.

Такой феномен очень часто происходит у беременных, подверженных депрессиям. Защитное отрицание проявляет себя в невосприимчивости во взаимодействии с ребенком. Все происходящие изменения, связанные с беременностью не воспринимаются, не замечаются, и объясняются различными причинами. Например, повышенными нагрузками, сменой климата, или же переезд на другое место жительство.

Такие женщины не замечали усталости, тошноты, рвоты, плохого самочувствия. Они отрицали сам факт беременности. Когда же происходило осознание беременности, то присутствовал эффект неожиданности, зачастую состояние шока. Большинством женщин была предпринята попытка абортов, но время уже упущено. Далее, предпринимались попытки все-таки сделать аборт, не смотря ни на что. У некоторых женщин наблюдалась инфантицидная паника – они боялись убить ребенка, если родят. Данное состояние сопровождается чувством вины.

Во Франции существует право на «секретные роды» в специальных клиниках для женщин, которые уже знают, что не возьмут ребенка и оставят его. С такими женщинами проводят анонимную беседу. В ходе беседы обнаруживается присутствие фантазмов убийства, о чем свидетельствуют плотно сжатые губы, тревожный взгляд. Повышенная тревожность затрудняет общение, при беседе наблюдаются плач и выкрикивание слов.

Причиной инфантицидных мыслей является отрицание, запрещение сексуальных отношений, как проявление удовольствия, берущее свое начало из детского опыта.

В русле девиантного материнства изучаются особенности матерей, которых лишили возможности адекватно взаимодействовать с детьми в самом раннем периоде, когда налаживаются отношения между матерью и ребенком.

Материнское отношение, его становление напрямую связано с особенностями ребенка. Организацией взаимодействия с ним после родов, а не только с историей жизни женщины.

Следующим направлением являются онтогенетические аспекты формирования материнства. Особенности материнского отношения формируются собственной психической историей, а не только культурным и социальным статусом женщины.

По мнению С. Тревора, который говорил, что особое внимание необходимо уделять развитию женщины, которое она делает в детстве и в подростковом возрасте. Таким образом, при рождении малыша, женщина учится распознавать эмоциональное состояние своего ребенка путем достижения зрелости.

Различные авторы выделяют этапы развития материнства:

- от планирования до реализации в первом и втором поколении;
- этапы беременности;
- связь беременности с развитием личности;
- беременность как стадия развития материнства.

Такие авторы как Захаров И.А., Мещерякова С.Ю., Скобло Г.В., Баз Л.Л., Филиппова Г.Г., Г. Леви, В. Миллер говорят о том, что в течение онтогенеза различные виды опыта влияют на содержание отношения матери к ребенку, своей роли матери, а также интерпретация собственных переживаний по поводу материнства.

Индивидуальный онтогенез материнства проходит в несколько этапов, в ходе которых происходит психологическая адаптация женщины к роли матери. Основным является период беременности, в ходе которого происходит осознание женщиной своей новой роли и формирование чувства привязанности к ребенку.

Брушан В.И. исследовал формирование чувства привязанности матери к ребенку и дает следующее объяснение основным этапам беременности:

1. Этап преднастройки. Происходит формирование матрицы материнского отношения в онтогенезе, на которое оказывает воздействие опыт взаимодействия с матерью, культурные и семейные ценности, общепринятые в обществе.

2. Этап первичного телесного опыта: происходит первое и последующие шевеления, в результате которого происходит разделение на «Я» и «не Я», которое является первыми предпосылками амбивалентности отношения к ребенку. После родов происходит дестройка смысла «родного» за счет экстрапективной стимуляции.

О. Каплан в своем исследовании дает периодизацию развития материнского отношения в ходе беременности. Он предлагает феноменологическое описание психофизиологических изменений и дает психоаналитическую характеристику.

Первая стадия – от зачатия до момента шевеления ребенка (первые 4,5 месяца беременности). В конце стадии отмечается регрессия к оральной фазе, появляются тошнота, рвота или пристрастие к ранее не свойственной пище.

Вторая стадия – начинается с шевеления ребенка, когда женщиной ощущается реальность ребенка, хотя он еще внутри матери, но мать не может контролировать его жизнь.

Третья стадия – телесный дискомфорт и усталость в период при подготовке к родам. Характерны перепады настроения от нетерпения до подсознательной боязни женщин умереть во время родов или же что ребенок может родиться с какими-либо отклонениями.

После родов происходит привыкание к пустоте в том месте, где был ребенок, женщине необходимо снова ощутить себя единым целым. Прежде чем она признает ребенка как отдельного человека. Этот период характерен колебаниями настроения, плаксивостью, эмоциональной неустойчивостью, сензитивностью. Данные колебания настроения проявляются в повышенной обидчивости, раздражительности, чувствительности к своему меняющемуся внешнему виду, в потребности в понимании и поддержке от окружающих людей.

Изменения в эмоциональной жизни матери приводят к переменам в семейных взаимоотношениях, так что каждая беременность сопровождается нормативным семейным кризисом и оканчивается принятием нового члена

семьи. При этом мать может быть смущена тем, что не почувствует сразу всеобъемлющей материнской любви к своему ребенку.

Краткий обзор современного положения дел в исследованиях в области психологии материнства дает основание сделать вывод, что существуют два основных направления в исследовании данного явления.

Первое направление функционирует и продолжает традиции психоаналитического и этологического направления. Традиционно значительное внимание уделено стимулам младенца, которые направлены на активацию материнской заботы о нем.

Второе направление функционирует в русле социально-культурологического, в рамках него изучается материнское поведение в рамках культурно-исторического аспекта. В зависимости от социальных норм материнства ставятся переживания матери. Достаточно острой остается проблема готовности женщин к материнству.

Многие исследования в области отклоняющегося материнского поведения говорят о том, что на формирование готовности женщины к принятию новой социальной роли матери оказывает влияние большое количество взаимодействующих факторов, которые меняют сознание женщины к принятию ребенка еще до его рождения. К таким факторам относятся: воспроизведение опыта родителей, особенности личности женщин, изменения эмоционального состояния и т.д.

Исследования последних лет активно обсуждают проблему связи формирования материнского статуса с изменениями состояния сознания женщин в различные периоды репродуктивного цикла.

1.4. Особенности изменения в потребностно-мотивационной сфере молодой беременной женщины

Материнско-детское взаимодействие требует изменений в регуляции психической деятельности матери. Необходимо, чтобы женщина частично отказалась от осознанных способов регуляции своей деятельности и научилась пользоваться своими эмоциями и интуицией.

Необходимо выделить основные направления этого взаимодействия, которые требуют изменений в эмоциональной и интеллектуальной сферах женщины:

1. Выполнение матерью своих прямых функций в течение беременности, после родов и в период новорожденности ребенка, которые требуют от нее пребывания в специфическом состоянии, которое позволяет ей естественным способом налаживать контакт с окружающим ее миром. Женщине необходимо ориентироваться на свои эмоции и чувства, что контактировать с ребенком.

2. Освоение матерью в совместной деятельности с ребенком эмоционального общения с ним. Концентрация на ребенке, способность изменять свое состояние вслед и по причине изменения его состояния, нечувствительность к влияниям со стороны окружающих, уводящим мать от переживаний стимуляции от ребенка, обеспечивают необходимое соответствие эмоций матери контексту взаимодействия. То есть, для матери важно быть рядом с ребенком, по мнению Кедровой Н.Б. «здесь и теперь». Происходящие в беременности изменения эмоциональной сферы женщины обеспечивает тонкое сочетание эмоциональной регуляции ее деятельности с высоким уровнем интеллектуальной интуиции, которая необходима для выполнения ответственной задачи по уходу за ребенком. При беременности под влиянием гормональных изменений эмоциональная сфера женщины становится более изменчивой и импульсивной. Но, одновременно, женщина становится очень чувствительной к нарушению эмоционального комфорта и стремится к избеганию неприятных эмоций и ситуаций. Склонность и

лабильность к благоприятным эмоциям, которые связаны с состоянием женщины позволяют ей быстро переключаться на то, что действительно приятно и поддерживать это состояние продолжительное время. Повышенная эмоциональная сензитивность необходима для эмоционального взаимодействия с ребенком, переживания его состояний. Интересен тот факт, что все вышеперечисленные характеристики сами по себе соответствуют особенностям ребенка, его эмоциональной сферы.

3. Материнско-детские взаимодействия требуют не только импульсности и перехода на чувственный уровень регуляции. Важно соответствующее отношение окружающих по отношению к матери и ребенку. Необходима защита, повышение зависимости от членов общества в обеспечении пищей, создание благоприятной атмосферы, которая будет способствовать положительному течению беременности и развитию отношений между матерью и ребенком. Многие авторы отмечают это как специфические особенности материнства.

4. В течение беременности постепенно увеличивается концентрация интересов беременной женщины на ребенке, происходит снижение интереса к другим областям жизни в связи с переходом на интуитивный стиль интеллектуальной регуляции деятельности. Все это рисует картину сужения содержаний интеллектуальной сферы и ограничение использования дискурсивного мышления. Работы Брутмана В.И., Радионовой М.С. доказывают снижение чувствительности к логическим противоречиям у беременных в третьем триместре. В действительности же, речь должна идти не о регрессе интеллектуальной сферы, а о концентрации на интуитивной стороне обработки информации. Именно эти особенности позволяют отнести к творческим способностям в исследованиях мышления в психологии.

Выводы по первой главе

Все рассмотренные выше особенности в области мотивационной, потребностной сферах являются осознаваемыми как для самой беременной женщины, так и для окружающих. И общество, и сама женщина воспринимает как некую деградацию потерю самостоятельности, контроля, изменения в эмоциональной сфере, снижение умственной работоспособности, зацикленность на себе и на ребенке.

Беременная женщина напугана своим стремлением пребывать в данном состоянии, а также получать от него удовольствие. Ценными аспектами всех этих изменений является приобретение бесценного опыта женщиной, ее психическое развитие, а также интуитивная регуляция взаимодействия с миром.

Естественный процесс развития материнской сферы может осложнять осознание всех происходящих перемен в женщине. Как следствие, понижается самоценность ребенка, и создаются условия для доминирующего влияния ценностей из других потребностно-мотивационных сфер женщины.

На современном этапе роль женщины в семье и в самом обществе пока не считаются благоприятными. На первый план выходит культурная модель материнства, и она ориентирована на развитие у ребенка такого же культурного момента в его социальной комфортной сфере. В онтогенезе в каждой культуре модель материнства достаточно жестко регламентирована и ориентирована на модель развития взрослого человека в данном обществе.

Беременная женщина осознает всю ответственность за будущее ребенка, стремится повысить свою компетентность, но одновременно осознает, что недостаточность эмоциональных переживаний, осознает свою неготовность к возникающим материнским чувствам.

Все вышеперечисленное направлено на осознанное развитие информационных, эмоциональных основ материнской сферы. Сама женщина начинает проявлять интерес к тому, что она должна чувствовать, как она влияет на развитие ребенка. Материнство теперь не ограничивается только

узконаправленными сведениями об уходе за ребенком, его кормлением. Теперь женщина озабочена своей эмоциональной сферой, интуицией, ищет способы и овладевает ими в плане общения с еще не рожденным ребенком.

Все это наводит нас на мысль о том, что психологическая помощь необходима. Тем более, что в обществе формируется социальный запрос на получение такой помощи.

ГЛАВА II. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ОТНОШЕНИЯ К ЖИЗНИ НА ОТНОШЕНИЕ МОЛОДОЙ ЖЕНЩИНЫ К БЕРЕМЕННОСТИ

2.1. Экспериментальное изучение отношения молодой женщины к беременности

База исследования и выборка. Исследование проводилось на базе медико-санитарной части № 14, г.о. Самара, ул. Ново-Садовая, дом 311. В нем приняли участие 10 молодых беременных женщин в возрасте от 21 до 24 лет. Это представительницы следующих профессий: продавец кассир, диспетчер в такси, младший воспитатель дошкольного учреждения, 3 женщины (30%) не работают вообще, представляются как «домохозяйка» (список экспериментальной группы см. Приложение №1).

Беременность подразумевает завершение существования самой женщины как единой личности, и начинают формироваться отношения в диаде «мать - ребенок», которые уже никогда не закончатся. Также необходимо обратить внимание на тот факт, что беременность дочери является серьезным моментом в жизни матери и дочери. Так как дочь всегда остается для своей матери ребенком даже тогда, когда у нее рождается свой малыш.

По мере увеличения срока беременности женщина все более четче осознает свое состояние. Если в первом триместре женщина еще могла активно работать, не меняя привычный образ жизни, то второй и особенно третий триместры вызывают некую зависимость от мужа, так как женщина не может вести уже активную жизнь. Многим женщинам достаточно трудно принять свою изменившуюся внешность, увеличение размеров и объемов по мере увеличения срока беременности. Первый триместр заканчивается изменениями во вкусовых пристрастиях, появляется тошнота, рвота.

Второй триместр характеризуется первым шевелением ребенка и женщине приходится признавать, что внутри нее отдельный человек, живущий уже своей отдельной жизнью.

Третий триместр характеризуется телесным дискомфортом, усталостью, повышается потребность во внимании. В этот период характерны перепады настроения от бурной радости до возникающих тревог и страхов.

В данном исследовании использовались следующие методики:

1. Для определения Я-функции беременных женщин «Я-структурный тест Г. Амона».
2. Для распределения выборки по стилю переживания беременности «Проективный тест Г.Г. Филипповой».

Первым этапом нашего исследования стало определение стиля переживания беременности при помощи рисунка «Я и мой ребенок». По результатам рисуночного теста нами учитывалось присутствие на рисунке матери, и ребенка; образ ребенка, его содержание, предполагаемый возраст; совместная деятельность матери и ребенка, а также психологическая дистанция; и характерное общее состояние (например, благополучное состояние, наличие тревожности, конфликтность, враждебность), также нами учитывались психодиагностические признаки такие как, прорисованные детали, расположение на листе, сами линии.

Данный показатель позволил нам выделить типы рисунков, которые соответствуют особенностям переживания беременности, а также ситуации материнства: 8 рисунков показали благоприятную ситуацию, наличие симптомов тревоги, конфликтность, неуверенность – 1 рисунок, конфликт с беременностью, с ситуацией материнства – 1 рисунок.

Представим описание симптомокомплексов, которые характеризуют определенные типы рисунков.

1. Благоприятная ситуация.

К формальным признакам мы отнесли: достаточно хорошее качество линий, рисунок расположен в центре листа, размеры рисунка пропорциональные, наличие сюжета, то есть помимо фигур на рисунке нарисованы детали обстановки, цветы, деревья и т.д. Рисунок не содержит

зачеркиваний, стирание, не наблюдалось также рисование с обратной стороны листа. Не было долгих размышлений что нарисовать и как это сделать. Не было отговорок, а паузы в рисовании составляли менее 15 секунд. При рисовании на лицах женщин присутствовали только положительные эмоции.

К содержательным признакам мы отнесли: на рисунке мать рисует и себя и ребенка, не подменяет образы на различные объекты неживой природы, растения, животных; фигуры матери и ребенка имеют адекватный размер; на рисунке не наблюдается присутствие других людей; прорисованные дополнительно предметы, одежда не являются главными частями рисунка, ни их количество, ни размеры никаким образом не закрывают фигуры матери и ребенка. На рисунке мы видим, что мать рисует совместную деятельность с ребенком, присутствует телесный контакт (мать держит ребенка на руках). На рисунке ребенок некрыт от глаз (например, в коляске или в кроватке). Лицо ребенка достаточно хорошо прорисовано, все присутствующие на рисунке фигуры обращены лицом к зрителю. После родов ребенок прорисовывается в реальном возрасте.

2. Незначительные симптомы конфликтности, тревоги и неуверенности.

К формальным признакам мы отнесли: по качеству линий мы увидели незначительные признаки тревоги и неуверенности в себе. Представленный рисунок средних размеров, не большой. Фигуры матери и ребенка располагаются или в нижней части листа, или ближе к углу рисунка. Присутствует небольшое количество штриховки, а также на рисунке есть линия основания.

К содержательным признакам мы отнесли: мать рисует себя и ребенка и не подменяет их образами, фигура ребенка отличается размерами (или очень большая, или очень маленькая). Рисунок показывает наличие мужа, а также достаточно много прорисованных дополнительных предметов, размеры этих предметов зачастую значительно больше, чем фигуры

женщины и ребенка. Ребенок изображается на каком-либо объекте (санках, коляске). Но мать всегда держит ребенка за руку. Лицо и фигура ребенка достаточно хорошо прорисованы. Лица фигур обращены к зрителю или же в профиль. Женщина не рисует совместную деятельность вместе с ребенком. Возраст ребенка на рисунке преимущественно ранний, после родов рисует ребенка адекватно возрасту.

3. Конфликт с беременностью или ситуацией материнства.

К формальным признакам мы отнесли отказ женщины от рисования, перегибание листа, переворачивание его. На рисунке имеется большое количество стираний, зачеркиваний, штриховка. Лист используется неrationально, рисунок или слишком маленький и мелкий или же наоборот, рисунок просто не помещается на листе (особенно фигура матери и ребенка).

К содержательным признакам мы отнесли: женщина не рисует ни себя, ни ребенка. Происходит подмена на различные образы, например, цветы, деревья, животные. Совместная деятельность матери и ребенка отсутствует, и нет контакта с ребенком. Если ребенок и прорисовывается, то он спрятан, либо в кроватке, либо в коляске. А также он полностью изолирован от матери с помощью различных предметов на рисунке. Между фигурами матери и ребенка наблюдается большая дистанция. Фигуры прорисованы спиной к зрителю, наблюдается отсутствие лиц у фигур матери и ребенка. Достаточно большое количество дополнительных предметов. На рисунке возраст ребенка дифференцируется как дошкольный возраст, после родов – ребенок изображается более старшего возраста.

Итак, результаты проективной методики «Я и мой ребенок» автор Г.Г. Филиппова (Таблица 1).

Таблица 1.

Результаты проективной методики «Я и мой ребенок»

автор Г.Г. Филиппова

№ п/п	Процентная выраженность параметра (%)	Параметр
1	-	Женщина не рисует себя как мать
2	-	Женщина не рисует новорожденного ребенка
3	15	Женщина рисует и себя и ребенка как символы
4	75	Женщина рисует своего ребенка на своих руках
5	68	Женщина располагает ребенка у себя на руках
6	25	Женщина на рисунке прячет ребенка
7	7	Женщина рисует ребенка в своей проекции (отсутствует поддержка со стороны матери)
8	25	На рисунке прослеживается дистанция между матерью и ребенком
9	-	Рисование фигур бесполыми, использование схематического приема
10	8	Женщина рисует достаточно большое количество различных предметов
11	-	Категоричный отказ от рисования

С помощью проведенной методики мы разделили всех женщин в две группы. Адекватный стиль переживания беременности демонстрируют восемь женщин, неадекватный стиль переживания беременности демонстрируют две женщины.

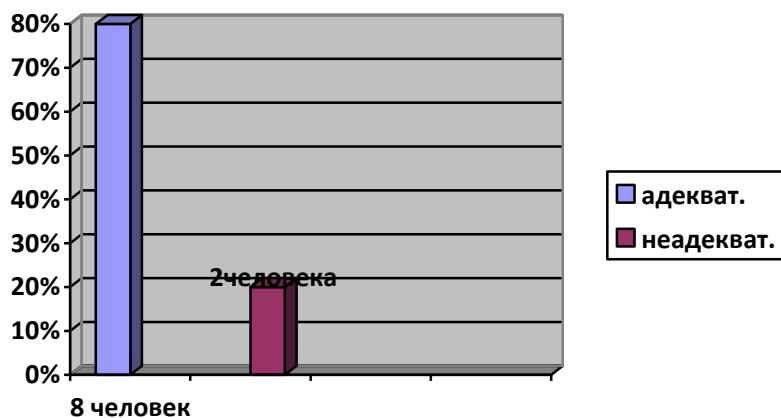


Рис. 1 Результаты стиля переживания беременности у молодых беременных женщин

Таким образом, мы можем говорить о том, что мать эмоционально сопровождая процесс взаимодействия с ребенком, ее стиль данного сопровождения оценивает особенности эмоционального отношения матери к своему ребенку. Это позволяет выделить его функциональные компоненты и достаточно внимательно отнестись к способам психологического вмешательства.

В течение беременности стиль переживания шевеления малыша, как правило, совпадает с типом отношения матери и уровнем эмоционального благополучия ребенка. А также совпадает со стилем сопровождения матери различного взаимодействия с ребенком.

Таким образом, при переживании женщиной шевеления плода характеризуется стиль переживания беременности. Что в свою очередь, является весомым показателем с целью нахождения отклонений от позитивной модели материнства. В данном случае это позволяет определить эффективный набор психодиагностических методик для оказания психологической помощи.

Второй этап нашего исследования заключался в проведении «Я – структурный тест» автор Аммон Г. Данная методика позволила нам сделать сравнительный анализ структуры «Я - функций» личности женщин с

положительным стилем переживания беременности и отрицательным стилем переживания беременности.

Тест Г. Амона был разработан немецкой школой психоанализа и психиатрии, адаптирован и рестандартизирован специалистами Санкт-Петербургского НИИ им. В.М. Бехтерева.

Основополагающим в концепции Амона Г. понятием личности становится «Я – идентичность», которая является центром психологического образования, которое обеспечивает целостность образований личности, которая находится в области бессознательного. С помощью данного теста впервые сделана попытка измерить бессознательное, при помощи сознательных самоотчетов, выражающихся в самооценке личных переживаний и поступков в ситуации отношений.

Из большого количества тестовых шкал нами были отобраны образования, которые отражали целостную структуру и были более информативными для решения поставленных задач.

Итак, образования данной версии методики «Я – структурный тест»:

1. Агрессия
2. Тревога, страх
3. Я – ограничение внешнее (контролирование внешних границ Я)
4. Я – ограничение внутреннее (контролирование внутренних границ Я)
5. Сексуальность
6. Нарциссизм (целостное восприятие себя).

Проведенный анализ Я-функций представил нам следующую картину:

1. В выделенной группе женщин с положительным (адекватным) стилем переживания беременности доминировали конструктивные Я-функции: конструктивная агрессия ($P=0,002031$), конструктивная тревога ($P=0,030799$), конструктивное внешнее ($P=0,00001$), Я-ограничение внутреннее ($0,002442$), конструктивная сексуальность ($0,00098$).
2. В выделенной группе женщин с отрицательным (неадекватным)

стилем переживания беременности достаточно высоки значения по деструктивной тревоге (0,000598), дефицитарная тревога (0,023031), Я внешнее дефицитарное (0,023039), Я внутреннее дефицитарное (0,007915), деструктивный нарциссизм (0,004854), дефицитарный нарциссизм (0,000257), дефицитарная сексуальность (0,000127).

Женщины, которых мы определили в группу отрицательного (неадекватного) стиля переживания беременности, характеризуются как недоброжелательные, конфликтные, агрессивные, у них отсутствует способность долгое время поддерживать дружбу. У данной группы женщин агрессивность проявляется в открытых вспышках гнева, они импульсивны, чрезвычайно требовательны, им присуща ироничность и сарказм. Накопленная энергия находит выход вочных кошмарах или же в фантазиях, имеющих разрушительную силу.

Зачастую наблюдаются эмоциональные нарушения, волевого контроля, которые имеют постоянный или временный характер. Наблюдаемые нами повышенные показатели шкалы Я внешнего дефицитарного обозначают, что таким людям присущи такие характеристики как: слабость эмоционального контроля, импульсивность, наблюдаются экзальтированные состояния, поступки зачастую не продуманы, непоследовательны в личных отношениях, не могут сконцентрироваться.

Женщины, которых мы определили в группу с положительным (адекватным) стилем переживания беременности характеризуются доброжелательностью, способностью прийти на помощь нуждающимся, способностью выстраивать диалог среди незнакомых людей. Эти женщины любознательны, все время узнают что-то новое, экспериментаторы по натуре. Они обладают адекватной самооценкой и способность к построению продолжительных отношений с мужчинами.

Итак, результаты проведенного исследования позволяют нам сделать такие выводы. Положительный (адекватный) стиль переживания

беременности мы наблюдали у 79% женщин, у 21% отрицательный (неадекватный) стиль переживания беременности.

Конструктивные Я-функции в структуре личности доминировали у женщин, обладающих адекватным и отвергающим стилем переживания беременности.

Женщины, у которых наблюдался тревожный стиль переживания беременности, демонстрировали деструктивную агрессию, дефицитарное, деструктивное Я-внутреннее, а также деструктивный нарциссизм.

Проанализировав полученные данные, мы можем сказать, что у относительно здоровых женщин на формирование стиля переживания беременности оказывает огромное влияние личностные особенности, а конкретно, структура «Я-функций» личности и ситуативная и личностная тревожность. Но, однако, следует помнить, что риск развития отрицательных (неадекватных) стилей переживания беременности многократно повышается при наличии деструктивных и дефицитарных «Я-функций».

2.2. Экспериментальное изучение отношения к жизни на отношение молодой женщины к беременности

Следующим этапом нашей работы было проведение «Цветового теста отношений» (ЦТО) А.М. Эткинда. «Цветовой тест отношений» представляет отражение значимых невербальных, эмоциональных характеристик компонентов отношений к значимым другим и к самому себе. В ходе проведения данной методики мы получили следующие результаты.

Проведенный анализ данных, которые мы получили, сопоставляя цвета, которые испытуемая ассоциировала с собой как матерью, и со своей собственной матерью, а также с их ранговым местом в ряду цветовых предпочтений дал нам возможность увидеть следующее: выбор цветных карточек по отношению к себе как к матери был сопоставим с выборами карточек по отношению к собственной матери. У 30% женщин в

экспериментальной группе было выявлено негативное отношение к собственной матери (шестое и восьмое место карточек). Эти же женщины относятся негативно к себе как к матери.

У 70% женщин было выявлено положительное отношение к собственной матери (соответственно, карточки занимали первое – третье место), и эти же женщины демонстрировали положительное отношение к себе, как к матери. По мнению Винникота, женщины относятся к себе достаточно критично, и здесь можно увидеть и проследить «комплекс хорошей матери».

Итак, проанализировав рисунки женщин, которые не совладают с ситуацией беременности, мы можем отметить достаточно большую пространственную дистанцию между нарисованными фигурами матери и ребенка (30% женщин). Между матерью и ребенком отсутствует контакт и это говорит о возникающей психологической дистанции между ними.

Далее, мы можем по особенностям рисунков проследить отсутствие конфликта в ситуации материнства и увидеть готовность принятия ребенка: отсутствует схематичность изображения фигур, которая не отражает пол и возраст ребенка; возрастная идентификация ребенка отсутствует.

Далее, прослеживается отсутствие наличия признаков тревожности у 75% беременных женщин, у 25% данные признаки выразились в виде:

- небольшие размеры изображения себя и ребенка где-то в уголках листа, линии прерывистые, нечеткие, что свидетельствует о заниженной самооценке, о достаточной высокой тревожности, а также неуверенность в себе и своих силах;

- на рисунке изображаются посторонние предметы, можно наблюдать прорисовку различных деталей, линии часто повторяются, что свидетельствует о наличии потребности отвлечения от ситуации материнства, или же о тревоге и страхе, источниками которых может быть окружающий мир;

- на рисунке присутствует муж, что можно рассматривать как тревогу за настоящее и будущее (у 10% женщин).

Категоричный отказ от выполнения рисунка. Который мы рассматривали как конфликт с ситуацией материнства, не обнаружился ни у одной из беременных женщин.

Итак, проведя сравнительный анализ различий эмоциональных характеристик рисунков, мы можем говорить о том, что женщины в период беременности в основном, демонстрировали положительное восприятие ситуации материнства и формировались положительные отношения в диаде «мать – ребенок». Это положительное отношение к ребенку проявлялось в виде символического его принятия или символическое приближение его к себе как к матери.

2.3. Сравнение полученных результатов и выявление существования влияния отношения к жизни на отношение молодой женщины к беременности

Для анализа были выбраны четыре показателя: эмоциональное отношение к ребёнку, субъектность, отнесённость к настоящему времени, а также дифференцированность от представлений о себе. С точки зрения благополучного формирования самовосприятия беременности (адекватного стиля), которое неразрывно связано с развитием образа будущего ребёнка у беременной женщины. Благодаря анализу динамики подобных результатов у нас появилась возможность оценить:

- характер образа будущего ребёнка;
- стиль самовосприятия беременности;
- вероятность формирования благополучных (адаптивных, оптимальных) взаимоотношений между матерью и ребёнком в дальнейшем.

Под эмоциональным отношением к будущему ребёнку понимается комплекс аффективных и эмоциональных переживаний, испытываемых по

отношению к будущему ребёнку. Отношение может быть униполярным (позитивным или негативным), а также амбивалентным. Принято считать, что более адаптивным вариантом является амбивалентное отношение к ребёнку (амбивалентный образ будущего ребёнка). Это свидетельствует о том, что противоречивые переживания матери осознаются и не вызывают чрезмерного напряжения, требующего включения работы психологических механизмов защиты. В свою очередь, это характеризует мать как зрелую личность с выраженной возможностью принимать себя и других.

У 4 женщин отмечается динамика в эмоциональном отношении к ребёнку в сторону амбивалентности. При этом у 2 отношение изменилось с негативного на амбивалентное, что является значимым и важным результатом в работе. В 4 случаях эмоциональная окраска образа не изменилась, что говорит о жёсткости и некоторой ригидности данного образования. Необходимо отметить, что подобные перцептивные образования трудно поддаются корректировке, так как затрагивают мотивационные и ценностные структуры личности.

Нельзя обойти вниманием случай №10, в котором амбивалентное отношение к ребёнку сменилось униполярным (позитивным). Дополнительная беседа с испытуемой показала, что это связано с изменением в семейной ситуации (достигнуто взаимопонимание с собственной матерью). Такое положение вещей имеет место быть, т.к. мотивация к беременности у женщин бывает как адаптивной, так и дезадаптивной, как например, попытка что-то «доказать» собственным родителям. Это позволяет судить о некоторых личностных характеристиках испытуемой.

Следующий критерий, который был рассмотрен в работе – субъектность образа. Выявлено, что в момент, когда молодая мама чувствует первые шевеления ребёнка, начинается важный процесс формирования субъектного образа ребёнка. Если в первом триместре беременности и начале второго образ будущего ребёнка объектен (ребёнок воспринимается как

часть собственного тела без собственной активности), то с момента первых ощущения шевеления плода, будущая мама начинает осознавать «отдельность» ребёнка от себя, его субъектность. Если этого не происходит, существует большая вероятность формирования дезадаптивных взаимоотношений между матерью и ребёнком.

У всех женщин на этапе диагностики отмечается наличие субъектности образа будущего ребёнка. У двух респонденток (№5, 9) динамики не наблюдается. Им также характерно отсутствие динамики по таким важным показателям, как эмоциональное отношение (осталось униполярным) и дифференцированность образа. Положительная динамика наблюдается только по показателю «отнесённость к настоящему времени». У 8 респонденток наблюдается выраженная объективность образа будущего ребёнка при диагностике («это частичка меня», «я ощущаю его как саму себя», «мы неразделимы» и пр.). При этом у всех 10 женщин прослеживается явная динамика данного показателя («я стала замечать, какая она активная», «он особенно активен по ночам, днём меньше, я раньше не очень обращала на это внимание» и пр.).

Далее был рассмотрен показатель «отнесённость к настоящему времени». Этот показатель строится на основе невербальных критериев (возраст ребёнка на рисунке), а также на том, как мама описывает своего будущего ребёнка в беседе. Крайне любопытным является тот факт, что в некоторых случаях вербальные и невербальные характеристики на первом этапе диагностики не совпадают (№5, 9). В проективной методике изображён младенец, однако, когда мама описывает своего ребёнка, она явно говорит о более старшем возрасте («мы будем много общаться», «ей, наверняка, понравятся мои куклы» и пр.). Возможно, это связано с дефицитом знаний по возрастной психологии, о раннем развитии ребёнка и его особенностях, а также отсутствием опыта общения с младенцами. Тем не менее, как и в Таблице 1, мы можем наблюдать явную тенденцию к снижению возраста ребёнка в представлениях матери о нём и приближении к настоящему

времени. Женщины продолжают с интересом и опаской заглядывать в будущее, но всё больше начинают размышлять об актуальных нуждах и потребностях ребёнка.

И, последний критерий – «дифференцированность». Под этим термином мы будем понимать дифференцированность образа ребёнка, в первую очередь, от представлений матери о себе, значимых близких. Это крайне сложный, неоднозначный и вместе с тем важный критерий, который имеет непосредственную связь с ожиданиями матери, накладываемыми на будущего ребёнка, её ориентацией на общественное мнение и социальную детерминацию. Новорожденному предстоит жить, расти и развиваться в системе ценностей своей матери, и если эта система нацелена лишь на некое «соответствие» представлениям о нормах, то подобные взаимоотношения смело можно назвать дезадаптивными. Но если уже в период беременности молодой маме доступно понимание и разделение желаний, стремлений и потребностей на «свои» и «чужие», то это может стать крепким фундаментом для развития в будущем зрелой личности её собственного ребёнка.

Всего у 2 женщин на этапе диагностики наблюдается дифференцированность образа ребёнка. В первую очередь это связано с тем, что при формировании дифференциированности задействованы такие структуры личности, как мотивация, ценностные ориентации, образ семьи и установки, связанные с семьёй, а также самооценка и уровень притязаний. Тем не менее у 8 женщин наблюдается динамика в сторону лучшей дифференцированности образа будущего ребёнка. Таким образом, мы можем говорить о тенденции к «благополучной», «позитивной» динамике образа будущего ребёнка в процессе психологической подготовки во время беременности. Поэтому можно сказать, что в ходе исследования выявлены статистически значимые различия по некоторым показателям невербального портрета ребёнка (количество используемых цветов и возраст изображённого ребёнка). Это свидетельствует о положительной динамике в формировании образа будущего ребёнка у беременной женщины.

Также отмечаются тенденции в формировании субъектного, дифференцированного образа ребёнка. Ко всему прочему наблюдается тенденция к формированию амбивалентного образа будущего ребёнка.

Выводы по второй главе

В целях изучения влияния отношения к жизни на отношение молодой женщины к беременности, было проведено исследование. Анализ результатов позволил выделить два стиля переживания беременности: адекватная и неадекватная (методика «Я и мой ребенок» Филипповой Г.Г.).

Стиль переживания беременности является адекватным, если на рисунке женщина изображает себя и ребенка, отсутствуют замены образов на различные неживые объекты, растения, животных; фигуры матери и ребенка соразмерны; на рисунке отсутствуют другие люди; главной частью рисунка не являются детали одежды и дополнительные предметы; над размерами фигур матери и ребенка не преобладают размеры, степень прорисовки дополнительных предметов. На рисунке наблюдается совместная деятельность матери с ребенком, присутствует телесный контакт, ребенок на рисунке не спрятан, а также не изолирован, лицо ребенка хорошо прорисовано. Все изображенные фигуры обращены к зрителю, в зависимости от триместра беременности ребенок изображается как младенец. А после родов ребенок изображается в настоящем возрасте.

Стиль переживания беременности является неадекватным, если на рисунке женщина рисует себя и ребенка без замены образов, ребенок рисуется слишком большим или слишком маленьким, на рисунке наблюдается присутствие мужа, а также достаточно большое количество дополнительных предметов, эти предметы имеют размеры, превышающие размеры фигур матери и ребенка. Ребенок изображается в коляске, на санках; лицо ребенка четко прорисовано, отсутствует совместная деятельность. После родов ребенок изображается в настоящем возрасте.

Далее, нами была проведена методика Г. Амона «Я – структурный тест», который позволил нам провести сравнительный анализ «Я-функций» личности женщин с адекватным стилем переживания беременности и с неадекватным стилем переживания беременности. Мы получили следующие результаты: адекватный (положительный) стиль переживания женщиной беременности был выявлен у 79% женщин, у 21% женщин выявлен неадекватный (отрицательный) стиль переживания беременности.

Конструктивные «Я-функции» в структуре личности преобладают у женщин с адекватным (положительным) и отвергающим стилем переживания беременности. Деструктивная агрессия, дефицитарное и деструктивное внутреннее Я, деструктивный нарциссизм наблюдается у женщин в структуре личности с тревожным стилем переживания беременности.

Женщины с неадекватным стилем переживания беременности характеризуются недоброжелательными, конфликтными, агрессивными, не способными поддерживать достаточно продолжительное время дружеские отношения. У таких женщин проявляется агрессивность в виде вспышек гнева, импульсивность. А также может проявляться требовательность, ироничность, сарказм.

Повышенные показатели по шкале внешнего Я дефицитарного говорят о том, что таким людям присуща импульсивность, слабость эмоционального контроля, поступки и принимаемые решения недостаточно взвешены, наблюдается состояние экзальтированности, присущи разнообразные чувства. Также характерна непоследовательность в отношениях, недостаточная концентрация усилий, отрицательная регуляция телесных процессов.

Женщины с адекватным (положительным) стилем переживания беременности характеризуются доброжелательными, контактными, способными помочь нуждающимся. Такие женщины открыты всему новому, новым знаниям, они экспериментаторы по натуре, им присущи легкие неординарные поступки. У данных женщин наблюдается адекватная самооценка и они строят хорошие отношения с людьми.

При сопоставлении результатов методик, направленных на выявление отношения у молодых женщин к беременности (Филипповой Г.Г. «Я и мой ребенок» и Я-структурный тест Амона) и отношение в жизни в состоянии беременности ЦТО Эткинда мы выявили, что у здоровых женщин на стиль переживания беременности влияют особенности личности, а конкретно структура «Я-функций» личности, ситуативная и личностная тревожность.

Присутствие «Я-функций» личности деструктивных и дефицитарных во много раз повышает риск развития отрицательных (неадекватных) стилей переживания беременности, а это уже в свою очередь оказывается на отношение к жизни в целом.

Следовательно, полученные выводы подтверждают гипотезу о том, что существует влияние отношения к жизни на отношение молодой женщины к беременности, которое проявляется в изменении потребностно-мотивационной сферы, в структуре Я-функций личности.

Беременные женщины постоянно находятся в процессе размышлений и осознавания себя, своего состояния. Они концентрируют своё внимание на эмоциональном аспекте переживания беременности. Неудивительно, что наиболее значимые изменения в образе будущего ребёнка происходят именно в этом направлении.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Современные исследования показывают, что адекватное, положительное эмоциональное отношение матери к своему ребенку является одним из ключевых моментов для психического развития ребенка, формирования положительной самоидентичности личности, которая является необходимым условием в становлении позитивного отношения личности к окружающему миру и к самому себе [9].

Изучение формирования отношения у женщин к ребенку в пренатальный и ранний периоды является актуальным с точки зрения сложившейся в России демографической ситуации. Ежегодно, численность населения в стране стремительно сокращается, а продолжительность жизни в среднем составляет 68 лет, наблюдается ухудшение репродуктивного здоровья населения.

На сегодняшний день существует противоречие, так как рождаемость увеличивается, но с другой стороны увеличивается число отказников и уровень заболеваемости детей раннего возраста.

В основе государственных программ лежит количественный принцип, когда усилия направлены на увеличение прироста населения. Но, увы, такие программы несостоятельны. Выход нам видится в направлении поддержания качественной составляющей будущего поколения. А это уже зависит от осознанного материнства, от зрелой позиции, от положительного отношения к беременности, родам, к своей роли матери и к самому ребенку.

В последнее время изучением «феномена материнства» занимаются в различных аспектах: Н.Н. Авдеева, В.И. Брутман, С.Ю. Мещерякова (социологические исследования позднего материнства и материнство среди несовершеннолетних); В.И. Брутман, А.А. Северный, О.А. Копыл (исследование факторов риска развития ребенка в контексте социальных и психических аномалий матери); Г.Г. Филиппова (филогенетический аспект изучения материнской сферы); Р. Слейд, С. Макфирсон, О.В. Баженова. Л.Л. Баз (исследование значимых личностных характеристик будущей матери); Д.

Гордон (разработка опросников, которые выявляют отношение родителей к не рожденному ребенку); М. Клоис, И.В. Добряков, В.И. Брутман, С.Ю. Мещерякова (изучение факторов, которые оказывают влияние на материнское поведение).

Целью нашего исследования являлось исследование влияния отношения к жизни на отношение молодой женщины к беременности.

Для достижения поставленной цели было осуществлено теоретическое и практическое исследование, результаты которого представлены следующими положениями:

- проведенный анализ литературных источников отечественных и зарубежных психологов по проблеме влияния отношения к жизни на отношение молодой женщины к беременности, позволил определить, что материнство проходит несколько этапов, при этом происходит вполне естественная адаптация женщины к материнской роли, и один из главных - это период самой беременности; во время беременности происходит изменение самосознания у женщины, она принимает новую социальную роль и сформировывается чувство привязанности к ребенку;

- при беременности происходят психологические изменения, проявляется «синдром беременности» - это качественно новое психологическое состояние, которое ограничено во времени и которое начинается с момента осознания женщиной своего положения. А заканчивается не в момент родов, а в момент «пигмалионизации» ребенка.

- в результате экспериментов нами было выделено два стиля переживания беременности: положительный (адекватный) и отрицательный (неадекватный).

Итак, проведенное исследование и сделанный анализ, позволяют нам говорить о том, что у здоровых женщин на формирование стиля переживания беременности достаточно мощное влияние оказывают особенности личности. а конкретно, «Я-функции» в структуре личности, ситуативная и личностная тревожность.

Таким образом, полученные выводы подтверждают гипотезу о том, что существует влияние отношения к жизни на отношение молодой женщины к беременности, которое проявляется в изменении потребностно-мотивационной сферы, в структуре Я-функций личности.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Аверин, В. И. Психология личности [Текст] / В.И. Аверин. – М.: Сфера, 2008. – 148 с.
2. Аммон, Г. Психосоматическая медицина [Текст] / Г. Аммон. - СПб.: Речь, 2000. – 236 с.
3. Анцыферова, Л. И. Психология формирования и развития личности [Текст] / Л.И. Анцыферова // Человек в системе наук. - М.: 1989. - С.426-433.
4. Баз, Л. Л., Баженова, О. В. Исследование восприятия психологической поддержки беременными женщинами [Текст] / Л.Л. Баз, О.В. Баженова // Психологический журнал. - Том 15. - 1994. - № 1. - С. 137-146.
5. Березин, Ф. Б., Мирошников, М. П. Методика многостороннего исследования личности [Текст] / Ф.Б. Березин, М.П. Мирошников. - М: Фолиум, 1994. - 175 с.
6. Брехман, Г. И., Лапочкина, Н. П. Психологические особенности женщин с физиологическим течением и угрозой невынашивания в 1-ом триместре беременности по данным MMPI [Текст] / Г.И. Брехман, Н.П. Лапочкина // Журнал практического психолога. - 1996. - №3. - С. 29-32.
7. Брутман, В. И., Радионова, М. С. Формирование привязанности матери к ребёнку в период беременности [Текст] / В.И. Брутман, М.С. Радионова // Вопросы психологии. - № 6. - 1997.
8. Брутман, В. И., Филиппова, Г. Г. Особенности динамики психологического состояния женщины во время беременности и родов [Текст] / В.И. Брутман, Г.Г. Филиппова // Вопросы психологии. - 2002. - № 1. - С.18-21.
9. Волков, А. Е. Психосоматические составляющие позднего гестоза [Текст] / А.Е. Волков // Вестник перинатологии, акушерства и гинекологии. - 2003. - Выпуск 10. - 209-219 с.
10. Воронин, К. В., Полтавиц, В. И. Прогнозирование развития гестозов с учетом психофизиологической индивидуальности беременных [Текст] / К.В.

Воронин, В.И. Полтавиц // Акушерство и гинекология. - 1989. - №12. - С. 26-28.

11. Гамезо, М. В., Герасимова, В. С. Общая психология [Текст] / М.В. Гамезо // Учебно-методическое пособие / Под общ. ред. М.В. Гамезо. - М.: Ось-89, 2007. - 352 с.
12. Глейд, К. Беременность неделя за неделей [Текст] /К. Глейд. - СПб.: ИД «Весь», 2002. – 412 с.
13. Дарский, Л. Е. Рождаемость и репродуктивная функция семьи [Текст] / Л.Е. Дарский. - М.: Прогресс, 1979.
14. Евтихов, О. В. Практика психологического тренинга [Текст] /О.В. Евтихов. - Красноярск: РИО КГПУ, 2003. - 220 с.
15. Зенкова, Т. Н. Особенности мотивационной сферы беременной женщины с различным отношением к ребенку [Текст] / Т.Н. Зенкова. - СПб.: Речь, 2005. – 86 с.
16. Кулагина, И. Ю., Колюцкий, В. Н. Возрастная психология: Полный жизненный цикл развития человека. Учебное пособие для студентов ВУЗа [Текст] / И.Ю. Кулагина, В.Н. Колюцкий. - М.: ГЦ Сфера, 2008. - с. 280-314.
17. Кинтрай, П. Я, Ментешашвили, М. Ш. Изучение функционального состояния центральной нервной системы и психоэмоционального статуса родильниц [Текст] / П.Я. Кинтрай, М.Ш. Ментешашвили // Акушерство и гинекология. - 1984. - №3. - С. 64-68.
18. Кожевников, В. Н., Костарева, О. В. Психологическая адаптация, как фактор, влияющий на течение беременности [Текст] / В.Н. Кожевников, О.В. Костарева // Вестник перинатологии, акушерства и гинекологии. - 2003. - Выпуск 10. - 238-242 с.
19. Копыл, О. А., Бас, Л. Л. Готовность к материнству: выделение факторов и условий психологического риска для будущего развития ребёнка [Текст] / О.А. Копыл, Л.Л. Бас. - М., 1994.

20. Кочнева, М. А., Сумовская, А. Е. Психологические реакции у женщин при физиологическом течении беременности [Текст] / М.А. Кочнева, А.Е. Сумовская // Акушерство и гинекология. - 1990. - №3. - С. 13-16.
21. Менделевич, В. Д. Клиническая медицинская психология. Практическое руководство [Текст] / В.Д. Менделевич. - М.: МЕДпресс, 1999. - 592 с.
22. Мещярикова, С. Ю. Психологическая готовность к материнству [Текст] / С.Ю. Мещярикова // Вопросы психологии. - 2000. - № 5.
23. Мид, М. Культура и мир детства [Текст] /М. Мид. - М.: Наука, 1989.
20. Обухова, Л. Ф. Возрастная психология [Текст] / Л.Ф. Обухова. – М., 2001. с.13-52.
24. Овчарова, Р. В. Психологическое сопровождение родительства [Текст] / Р.В. Овчарова. – М.: Издательство Института психотерапии, 2003. – 319 с.
25. Перинатальная психология в родовспоможении [Текст] // Сборник материалов научно-практической конференции. - СПб., 1997. - 168 с.
26. Психика и роды [Текст] / Под ред. Э.К. Айламазяна. - СПб., 1996. – 238 с.
27. Психопрофилактика болей в родах [Текст] / Под ред. А.П. Николаева. - М.: Медгиз, 1984. - 263 с.
28. Развитие ребёнка [Текст] / Под ред. В.Н. Берестовой. - СПб., 2000. – 246 с.
29. Рыжков, В. Практическая психология женских кризисов [Текст] / В. Рыжков. – СПб., 1998. – 295 с.
30. Рымашевский, Н. В., Волков, А. Е. Влияние особенностей психологической адаптации матери на исход родов [Текст] / Н.В. Рымашевский, А.Е. Волков // Акушерство и гинекология. - 1992. - № 8. - С. 15-17.
31. Справочник по акушерству и гинекологии [Текст] / Под ред. академика АМН РФ проф. Л.С. Персианинова и проф. И.В. Ильина. – М.: Медицина, 1978.
32. Терентьева, В. И. Дефектология с основами специальной психологии [Текст] / В.И. Терентьева // Красноярск: изд-во КГУ, 2000. - 124 с.

33. Чемберлен, Д. Разум вашего новорожденного ребенка [Текст] / Д. Чемберлен. - М.: Класс, 2005. – 220 с.
34. Четвертаков, В. В, Левина, О. Е. Роль эмоционального напряжения в возникновении осложнений в акушерской практике [Текст] / В.В. Четвертаков, О.Е. Левина // Акушерство и гинекология. - 1988. - №4. - С. 17-19.
35. Филиппова, Г. Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии [Текст] / Г.Г. Филиппова // Вопросы психологии. - 2001. - № 2.
36. Филиппова, Г. Г. Психологическая помощь семье в период перинатального развития ребенка [Текст] / Г.Г. Филиппова // Дефектология. – 2003. - №4. – С. 56-59.
37. Хухлаева, О. В. Основы психологического консультирования и психологической коррекции [Текст] / О.В. Хухлаева. - М.: Академия, 2001. - 208 с.
38. Шмурак, Ю. И. Пренатальная общность [Текст] / Ю.И. Шмурак // Человек. - 1993. - № 6. - С. 21-36.
39. Шнейдер, Л. Б. Психология семейных отношений [Текст] / Л.Б. Шнейдер. - М., 2000.
40. Эльконин, Д. Б. Введение в психологию развития. (В традиционной культурно-исторической теории Л.С. Выготского) [Текст] / Д.Б. Эльконин. – М.: Тривола, 1994.- 168 с.
41. Эйдемиллер, Э. Г., Юстицкий, В. В. Семейная психотерапия [Текст] / Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкий. – М., 1990. – 320 с.

Приложение 1.

Список участниц экспериментальной группы (молодые беременные женщины)

№ п/п	Имя, фамилия	Возраст	Место работы
1.	Анастасия К.	21	домохозяйка
2.	Вероника Т.	23	продавец-кассира
3.	Виктория К.	24	продавец
4.	Диляра А.	24	диспетчер такси
5.	Ирина О.	23	младший воспитатель детского сада
6.	Мариам Х.	21	домохозяйка
7.	Мария Р.	24	продавец
8.	Наталья Ш.	21	продавец-консультант (сотовая связь)
9.	Нина У.	23	домохозяйка
10.	Оксана И.	23	продавец-консультант (сотовая связь)